



# Indemnisation des victimes d'infections nosocomiales

publié le 21/11/2014, vu 36469 fois, Auteur : [Maître Nicolas DELETRE](#)

**Rappels concernant l'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales depuis l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.**

**La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** ne donne aucune définition de l'infection nosocomiale.

Il convient donc de se référer à **la Circulaire n° 2000-645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé** qui définit l'infection nosocomiale comme « *l'infection contractée dans un établissement de santé* ». La notion d'établissement de santé englobe ici les établissements de santé au sens strict (cliniques privées ou hôpitaux publics), mais également les cabinets libéraux.

Une infection nosocomiale peut être de nature **endogène ou exogène**.

Elle est dite endogène lorsque le patient s'infecte par ses propres micro-organismes à la faveur d'un acte invasif et/ou en raison d'une fragilité particulière. Par exemple, la présence de germes du patient sur sa peau non nettoyée par le personnel soignant avant une piqure, entraînant une infection.

A l'inverse, lorsque les germes sont transmis à partir du milieu ambiant hospitalier, c'est-à-dire lorsqu'ils proviennent d'autres personnes ou de l'environnement, la maladie nosocomiale est dite exogène. Ainsi en est-il par exemple lorsqu'à l'occasion d'une opération pratiquée sur la jambe du patient, des projections buccales émanant du personnel médical entraînent une infection.

En matière d'infection nosocomiale, la preuve d'une faute de l'établissement ou du professionnel de santé est très difficile à rapporter pour le patient. Avant l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, les jurisprudences judiciaire et administrative avaient facilité l'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales en abandonnant l'exigence d'une faute pour engager la responsabilité des établissements de santé.

Cependant, les deux ordres de juridictions différaient sur des points essentiels.

Ainsi, la juridiction administrative établissait une distinction entre l'infection nosocomiale endogène et l'infection nosocomiale exogène, considérant que seule cette dernière ouvrait droit à réparation (CE, 27 septembre 2002).

A l'inverse, la juridiction judiciaire ne faisait pas de distinction entre les types d'infections nosocomiales. Elle estimait qu'en vertu du contrat d'hospitalisation et de soins, l'établissement était tenu d'une obligation de sécurité de résultat, dont il ne pouvait se libérer qu'en apportant la preuve d'une cause étrangère (arrêts dits des staphylocoques dorés du 29 juin 1999).

**La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**, puis **la loi About n°2002-1577 du 30 décembre 2002**, ont en partie consacré les avancées jurisprudentielles précitées en prévoyant une double modalité d'indemnisation des infections nosocomiales : une présomption de responsabilité des établissements de santé pour les infections nosocomiales dites légères (I), et une prise en charge par la solidarité nationale pour les infections nosocomiales dites graves (II).

### **I – La présomption de responsabilité des établissements de santé en cas d'infection nosocomiale « légère » (inférieure à 25% d'AIPP) :**

La loi du 4 mars 2002 a consacré la jurisprudence judiciaire. **L'article L. 1142-1 I alinéa 2 du Code de la santé publique** dispose que « *les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère* ».

Le principe est donc **la présomption de responsabilité des établissements de santé en matière d'infection nosocomiale**. Autrement dit, dès lors que la preuve d'une infection nosocomiale est rapportée, la responsabilité de l'établissement de santé est engagée et ce dernier ne peut pas s'exonérer de sa responsabilité même s'il prouve qu'il n'a pas commis de faute.

**La seule possibilité pour l'établissement de s'exonérer de sa responsabilité consiste à prouver que l'infection nosocomiale est due à une cause étrangère.** La cause étrangère doit présenter les caractéristiques de la force majeure, c'est-à-dire : imprévisibilité, irrésistibilité et extériorité. Elle est de ce fait très difficile à rapporter.

On considère habituellement que l'infection nosocomiale se déclare plus de 48 heures après l'admission du patient dans l'établissement de santé. Dans le cas d'un délai inférieur, l'infection est réputée avoir été contractée avant l'arrivée du patient à l'hôpital : il est alors considéré qu'elle était déjà en incubation à son arrivée.

Face à la difficulté des établissements de santé à s'exonérer de leur responsabilité et à la pression des assurances, le législateur est intervenu avec la loi About n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 par laquelle il a notamment créé **l'article L. 1142-1-1 du Code de la santé publique**.

Celui-ci dispose :

« *Sans préjudice des dispositions du septième alinéa de l'article [L. 1142-17](#), ouvrent droit à réparation au titre de la solidarité nationale :*

*1° Les dommages résultant d'infections nosocomiales dans les établissements, services ou organismes mentionnés au premier alinéa du I de l'article [L. 1142-1](#) correspondant à un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à 25 % déterminé par référence au barème mentionné au II du même article, ainsi que les décès provoqués par ces infections nosocomiales ;*

*2° Les dommages résultant de l'intervention, en cas de circonstances exceptionnelles, d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme en dehors du champ de son activité de prévention, de diagnostic ou de soins ».*

Désormais, les établissements de santé et leurs assureurs ne prennent en charge que les infections nosocomiales dites légères, c'est-à-dire celles qui ont engendré un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique inférieur à 25%.

En ce qui concerne **les professionnels de santé exerçant à titre libéral**, la loi de 2002 a implicitement posé l'exigence de la preuve d'une faute par le patient en matière d'infection nosocomiale. Elle introduit à ce titre une distinction entre professionnels libéraux et établissements de santé. La responsabilité personnelle du praticien de santé se trouve considérablement atténuée.

## **II – La prise en charge par la solidarité nationale en cas d'infection nosocomiale « grave » (supérieure à 25% d'AIPP) :**

La loi du 4 mars 2002 a instauré le principe de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux par la solidarité nationale pour les actes accomplis postérieurement au 5 septembre 2001. Il s'agit d'un mode de règlement amiable des accidents médicaux, des infections nosocomiales et des affections iatrogènes. Lorsque les conditions strictement définies par le texte se trouvent satisfaites, l'indemnisation du patient victime sera supportée par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) qui est un établissement public d'Etat alimenté par des fonds publics.

Afin de pouvoir bénéficier de cette procédure de règlement amiable, plusieurs conditions prévues par l'article **L. 1142-1 II du Code de la santé publique** issu de la loi du 4 mars 2002 sont nécessaires :

1. D'abord, il faut que l'accident médical en cause soit imputable à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins.
2. L'accident médical doit avoir ensuite un caractère d'anormalité au regard de l'état de santé du patient, comme de l'évolution prévisible de celui-ci.
3. Enfin, le patient doit présenter au moins un des trois critères principaux de gravité qui sont :
  - L'incapacité permanente : elle doit être supérieure à 24%;
  - L'arrêt temporaire des activités professionnelles : il doit être d'au moins 6 mois consécutifs, ou non consécutifs au cours d'une même année;
  - Le déficit fonctionnel temporaire introduit par la loi du 12 mai 2009 (décret d'application de mars 2011) : il s'agit de l'inaptitude à exercer des activités que l'on fait au quotidien, il doit être de 50% pendant 6 mois consécutifs ou non consécutifs au cours d'une même année.

Exceptionnellement, lorsqu'aucun de ces trois critères n'est satisfait, la victime peut bénéficier du règlement amiable si elle remplit un des deux critères suivant, dits à titre exceptionnels :

- L'inaptitude professionnelle
- Les troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence

L'ONIAM peut être tenu d'indemniser la victime d'une infection nosocomiale dans deux hypothèses: d'une part lorsque la responsabilité d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé n'est pas engagée, et que le dommage remplit les critères de gravité ; d'autre part lorsque l'établissement de santé a réussi à s'exonérer de sa responsabilité en prouvant l'existence d'une cause étrangère.

En cas de faute de l'établissement ou du professionnel de santé consistant en « *un manquement caractérisé aux obligations posées par la réglementation en matière de lutte contre les infections nosocomiales* » (**article L. 1142-21 alinéa 2 du Code de la santé publique**), l'ONIAM pourra exercer un recours subrogatoire contre l'assureur afin de recouvrer les sommes qu'il aura versées au patient victime.

L'ONIAM peut être saisi via les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) dans le cadre du règlement amiable, ou peut être directement mis en cause dans la procédure. Enfin, lorsque la procédure de règlement amiable est engagée, rien n'empêche la victime d'entamer parallèlement une autre action auprès des tribunaux.